

UNIVERSITE D'ALGER

—»O«—

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1974 - N°

—»O«—

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'EPILEPSIE PROBLEME EN MILIEU ALGERIEN

(A propos de vingt trois observations)

—»O«—

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine
présentée publiquement le

PAR

AMMAR AOUCHICHE

—»O«—

MEMBRE DU JURY :

MM. B. KHATI, Professeur de Pédiatrie et de Puériculture (Président)

M. BOUCEBCI, Maître de Conférence en Psychiatrie

M^e S. BENABDALLAH, Maître de Conférence en Pédiatrie et en Puériculture

J.P. GRANGAUD, Maître de Conférence en Pédiatrie et en Puériculture

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1974 - N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'EPILEPSIE PROBLEME EN MILIEU ALGERIEN
(A propos de vingt trois observations)

T H E S E
pour le Doctorat en Médecine
présentée publiquement le.....
PAR
AMMAR AOUCHICHE



MEMBRE DU JURY :

MM. B. KHATI, Professeur de Pédiatrie et de Puériculture (Président)

M. BOUCEBCI, Maître de Conférence en Psychiatrie

M^e S. BENABDALLAH, Maître de Conférence en Pédiatrie et en Puériculture

J.P. GRANGAUD, Maître de Conférence en Pédiatrie et en Puériculture

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1974 - N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
LEPTERIE PROBLEME EN MILIEU ALGERIEN
(A propos de vingt trois observations)

THESE

pour le Doctorat en Médecine
présentée publiquement le
PAR

AMMAR AOUCHICHE



MEMBRES DU JURY :

MM. S. KHAT, Professeur de Psychiatrie et de Neurologie (Président)
M. BOUJENEL, Maître de Conférences en Psychiatrie
M. S. BENABDALLAH, Maître de Conférences en Psychiatrie et en Pathologie
M. S. GRANGAUD, Maître de Conférences en Psychiatrie et en Pathologie

- /7- E R M E N T D ' /7- I P O C R A T E -

/En présence des Maîtres de cette Faculté , de mes chers condisciples, et selon la tradition d'HIPPOCRATE , je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, Admis à l'intérieur des maisons , mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui ne seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

-- A mes Enfants ,

- (F)NIS

et

- [] MEN

- A mon Père

- A ma Mère

- A ma Femme

- A mes Frères et Soeurs

- A mes belles-Soeur , Neveux et Nièces

- A mes beaux-Parents

et

- A tous les miens .

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. KHATI

/

Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de
présider le Jury de cette Thèse.

Veillez trouver ici l'expression de nos
remerciements et de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ BOUCEBCI

Vous nous avez toujours reçu avec amitié dans
votre service.

Chaque fois que nous venions vous consulter,
nous repartions enrichi et marqué par votre savoir,
votre souci de précision et de rigueur scientifique.

Vous nous avez inlassablement aidé et guidé
tout au long de ce travail.

Veillez croire à toute notre gratitude et
à notre profonde reconnaissance .

A NOS MAITRES ET JUGES

MADAME LE PROFESSEUR AGREGÉ BENABDALLAH

Vous nous faites le grand honneur de participer
au Jury de cette Thèse.

Soyez en vivement remerciée .

CHER LE PROFESSEUR AGREGÉ J.P. GRANDAUD

Vous nous avez fait le grand honneur
d'accepter de juger ce travail.

Veuillez croire ici à l'expression
de notre profond respect.

A tous nos maitres de la faculté et de l'hôpital.

A Madame BENDIAB .M. - Psychologue -

Vous nous avez aidé dans ce travail.

Nous vous remercions infiniment.

A tous nos camarades de promotion .

- / N T R O D U C T I O N -

- Cette étude va mettre de côté les problèmes de l'épilepsie banale. Le pôle d'intérêt sera l'épilepsie problème notamment chez l'enfant ce car elle s'avère de plus en plus être un motif de consultation avec la nécessité d'une prise en charge qui tiennent compte du moment particulier de l'organisation de la personnalité de l'enfant.

- La demande actuelle étant en grande partie liée à des facteurs qui témoignent et de l'ampleur du problème et de la prise de conscience de la famille comme du groupe vis à vis du devenir de l'enfant épileptique.

- La tolérance habituelle est en voie de disparition surtout en milieu urbain.

- Vécu de plus en plus par son environnement comme un être " pas comme les autres ", enfant malade, il est de plus en plus rejeté par son milieu. La responsabilité de la prise en charge par l'institution est revendiquée sans que celle-ci soit en mesure d'y répondre. Devant la quasi absence d'équipes et de structures spécialisées ; le rejet s'accroît soit teinté de fatalisme soit avec un déplacement de la demande (recherche d'un placement à l'étranger dont on ne peut que souligner le caractère aléatoire et les conséquences négatives sur le plan psychologique si la coupure d'avec le milieu familial est totale et prolongée).

- Un certain nombre de facteurs explique les données (BOUCHEBICI et YAKER).

- L'amélioration du niveau socio-économique avec la sensibilisation par l'information des larges couches de la population.

- La mutation sociale et notamment l'urbanisation .
L'enfant problème n'a pas sa place dans un H.L.M. exigu pour une famille trop nombreuse.

- La scolarisation par le critère adaptation et performance qu'elle introduit accentue le rejet de l'enfant. Et ce d'autant plus qu'hyper-investie elle représente pour les parents, souvent analphabètes, la seule possibilité de promotion sociale.

- L'amélioration du niveau sanitaire, bien exprimée par la diminution du taux de mortalité, entraîne en corrolaire la survie d'enfants aux graves handicaps et notamment d'épilepsies graves séquellaires.

- La mutation socio-culturelle, par les remodelages qu'elle induit dans la structure familiale et sociale (la famille nucléaire remplace de plus en plus le clan avec sa cohésion et sa solidarité) est un facteur important de distorsion et de perturbation de la dynamique tant familiale qu'individuelle.

- Les nouveaux aspects psycho-pathologiques observés notamment dans la première et deuxième enfance l'expriment bien.

- Les données expliquent que les problèmes les plus graves de l'enfant épileptique se situent de plus en plus dans un registre où l'organicité ne doit pas être seule retenue. Les autres facteurs causaux et notamment d'ordre psycho-affectif intervenant de plus en plus dans le tableau de décompensation sous lequel s'exprime l'épilepsie.

- Les causes : elles sont nombreuses, leurs effets varient selon l'âge de survenue de l'affection, la rapidité des soins, l'état général du sujet. La gravité clinique de l'épilepsie pouvant varier pour une même affection.

Par ailleurs, on ne peut négliger l'intervention d'autres facteurs souvent aggravants et notamment la manière dont l'enfant atteint sera vécu par son milieu et pris en charge par son groupe.

- C'est dire combien il faut d'emblée souligner que dans l'épilepsie problème les données tiennent tant à l'approche clinique et au diagnostic correct précoce qu'à la prise en charge. Le médicament ne peut représenter la seule réponse au malade.

APPROCHE DE LA MALADIE EPILEPTIQUE

- C'est un état au cours duquel les crises d'épilepsie se répètent : l'épilepsie est donc une maladie, ce n'est pas une crise isolée (CASTAIGNE). Par ailleurs, les multiples tableaux et notamment psychiatriques font toute la difficulté de l'épilepsie-problème.

- En effet on trouve une conjonction où s'associent d'une part, les aspects de la destruction de la conscience qui sont en rapport avec les crises et accidents comitiaux et d'autre part, les modifications de la personnalité qui sont essentiellement associées à ces troubles.

Ces données expliquent :

d'une part, les examens cliniques et paracliniques .

- E.E.G.

- Electrocorticographie

- Durographie

- corticographie

- sous corticographie

- Neuro-radiologie

- Artériographie

- Psychométrie.

d'autre part, l'apport des tests et notamment des tests de la personnalité.

RAPPEL CLINIQUE

- L'épilepsie est une maladie des paroxysmes généralisés et focalisés qui s'expriment essentiellement dans deux directions :

- Conscience et tonus
- Psycho-affectivité (intellect
affectivité

- Cliniquement les paroxysmes se traduisent par :

- Les crises,
- les absences,
- les équivalents.

1°) Les épilepsies généralisées d'emblée

a) Grand mal

- C'est une crise tonico-clonique
- avec coma

Des variantes sont possibles :

- Pendant le sommeil : épilepsie morphéique
- Répétition (série d'accès) : crises sérielles
- Etat de mal.

b) Petit mal

- Ce sont des décharges généralisées très brèves
- Absences
- Crises stoniques
- Myoclonies bilatérales .

- Absence : c'est une éclipse de la conscience brève
 - absences répétées : pycnolepsie
- Paroxysmes atoniques : suspension du tonus musculaire : chute brutale.
- Myoclonies bilatérales : Brusque secoussé des membres supérieurs et parfois de la tête et des membres inférieurs.

2°) Epilepsies partielles

C'est le cas des épilepsies corticales avec problème des aires corticales et leurs projections thalamiques (secteur aéro-thalamique :AT)

- Secteur A.T. pré-central

Crise Bravais Jacksoniène

- Secteur A.T. post-central

Crises sensitives (paresthésie, dysesthésie)

- Cortex strié du lobe occipital

Déformation perceptive, illusions, visions colorées
etc ...

- Cortex supra-temporal

Phénomènes sensoriels : acouphènes et bruits musicaux

3°) Epilepsies partielles avec généralisation consécutive

C'est le type même de l'épilepsie psychique par la libération des automatismes dans les étapes intermédiaires qu'elle comporte.

- Caractères généraux de ces paroxysmes.

Ils associent plusieurs syndromes : moteurs, sensoriels, végétatifs, des hallucinations, des bouleversements affectifs.

- Selon que ces phénomènes partiels constituent une phase initiale du déroulement graduo-comitial ou que celui-ci en reste là, on les appelle auras ou équivalents.

- Déroulement du processus graduo-comitial

- auras

- déroulement de la crise progressive

- crise incomplète : équivalent

- Auras : expression vécue du début de la crise

- auras végétatives : douleur épigastrique, angineuse

etc ...

- Auras olfacto-gustatives : crise uncinée

quatre aspects syndromes de ces crises

Déjà vu

Jamais vu (je rêve, tout me paraît changé)

Mémoire panoramique (défilé de souvenirs)

Type incomplet (souvenirs, illusions de la mémoire)

- Auras psychiques : expérience d'angoisse, d'étrangeté

dépersonnalisation etc ...

- Crise graduo-comitiale : la crise se déroule avec quelques variantes notamment : crise psycho-motrice (mâchonnement, mouvement du visage; soit gestes plus élaborés par exemple gestes professionnels).

- Equivalents : automatismes psycho-moteurs

Dissolution de l'activité psychique

L'automatisme psycho-moteur remplace la crise (automatisme ambulateur - suspension de l'activité vigile) .

- Attaques illusionnelles : brusques et brèves illusions dont le malade garde le souvenir et dont il a conscience du caractère pathologique.

4°) Problèmes particuliers et notamment chez l'enfant :

A) En dehors du retentissement propre à la lésion dont les effets varient selon l'âge de survenue de l'affection, la rapidité, la régularité des crises, la gravité clinique de l'handicap.

B) Un autre aspect fondamental est à souligner ; c'est le nouveau vécu de l'enfant et sa nouvelle relation avec l'autre.

Les deux pôles majeurs autour desquels s'articulent les problèmes de l'épilepsie de l'enfant sont :

- L'intellect,
- L'affectivité.

- L'intellect : avec arriération du niveau plus ou moins important et éventuellement d'autres troubles moteurs.

- L'affectivité : perturbation propre à la maladie épileptique.

perturbation liée à l'intrication de la maladie à tel ou tel moment de l'organisation de la personnalité de l'enfant avec le retentissement de la maladie au niveau de la famille, groupe et surtout groupe scolaire.

C) L'hypsarythmie illustre ces données par sa gravité et son âge de survenue.

- Il s'agit d'un syndrome aux causes multiples survenant vers l'âge de six mois surtout chez le garçon, caractérisé par des spasmes en flexion généralisés brefs et groupés en accès.

- L'hypsarythmie mérite une place à part par les problèmes thérapeutiques ses particularités, sa gravité sur le plan pronostic. Cette donnée est d'autant plus importante qu'en milieu défavorisé le diagnostic sera souvent tardif rendant par là le pronostic très sombre.

D) Un troisième aspect plus proprement lié au contexte socio-culturel :

Différence entre l'épilepsie même problème en milieu rural par rapport au milieu urbain.

Problème de l'épilepsie chez la fille qui même lorsqu'elle a une épilepsie banale risque :

1°/ - Soit d'être méconnue : petit mal

Petits accès très courts qui ne sont marqués que par une perte instantanée de la connaissance.

2°/ - Soit d'être vécue de manière très ambivalente avec rejet car c'est son futur statut social qui est en cause.

- En effet alors que le petit mal est plus fréquent chez la femme, en Algérie la maladie est relevée beaucoup plus tard chez la fille que chez le garçon, souvent seulement à l'âge du mariage. Il semble que l'on découvre ici un problème dont l'explication est d'ordre sociologique (BOUCEBICI et PATY).

- Il est indiscutable que le décalage plus important pour les filles que pour les garçons tient à ce que souvent on ne se

préoccupe de l'état de santé de la fille qu'à l'âge du mariage. Il y a un point fondamental d'éducation sur lequel il est nécessaire d'attirer l'attention des médecins et des familles. Le développement de la scolarisation devant toutefois tendre à corriger cet état de fait (à condition que la déperdition scolaire féminine ne reste ce qu'elle est actuellement : sur 100 fillettes scolarisées 70 quittent l'école vers 11 - 12 ans).

Le nombre de filles algériennes suivies après 17 ans (plus de 50%) est en quelque sorte un rattrapage tardif.

3°/ - Role favorisant de la consanguinité

Certaines habitudes traditionnelles ont un impact d'autant plus net qu'elles conjuguent leurs effets : c'est ainsi que la consanguinité fréquente portant sur plusieurs générations favorise l'extériorisation de troubles organiques à éventuelle expression psychique.

- On sait qu'en Algérie le taux actuel de consanguinité chez les parents se situent autour de 30% avec une tendance à la diminution en milieu urbain .

4°/ - Un dernier aspect important dans le contexte actuel ce sont les éléments liés au sous développement.

Le sous développement économique avec ses corrolaires (niveau sanitaire médiocre ; insuffisance et éloignement des structures ; pénurie des cadres...) laisse une large place aux aspects neuro-psychiatriques avec un rôle d'autant plus grave des causes organiques qu'elles sont précoces. Les traductions les plus fréquentes de ces aspects organiques sont des tableaux d'arriération plus ou moins graves où la part des lésions cérébrales s'exprime par la fréquence d'épileptiques.

- Ce sous développement engendre :

- La méconnaissance de l'épilepsie grave dans la première enfance : exemple de l'hypsarythmie.
- Le problème des convulsions fébriles souvent négligées.
- La difficulté de faire un bilan.
- La confusion encore trop fréquente entre crise nerveuse et crise épileptique.
- La méconnaissance chez l'épileptique avéré de phénomène de conversion : traité et équilibré l'épileptique voit l'apparition de manifestations de types hystériques dans 20% des cas (LOISEAU).
- Enfin un problème théorique nous semble intéressant à discuter celui de l'enfant problème n'ayant jamais fait de crise épileptique et chez lequel le tracé électrique est typique de l'épilepsie.

Si chez l'adulte il est certain qu'il ne faut pas traiter la figure épileptique voire même ne pas traiter un épileptique dont les crises sont très rares. Chez l'enfant la découverte de signes e.e.g. indiscutables nous semble devoir justifier un traitement .

- Ce problème nous ramène au problème du traitement qui peut avoir des incidences sur le plan intellectuel et affectif .

Ce sont toutes ces données que nous voudrions illustrer par un certain nombre d'observations rencontrées en consultation, afin de mieux ressituer l'épilepsie problème en tenant compte des aspects spécifiques liés à l'environnement socio-culturel et aux données économiques.

- = - O B S E R V A T I O N S - = -

- - - - -

- Nous avons pris vingt trois dossiers excluant l'épilepsie banale c'est à dire pour laquelle le diagnostic, la thérapeutique ne posait aucun problème particulier se résumant souvent à un bilan clinique et électrique, la prescription, la prise d'un traitement régulier ayant permis une guérison clinique.

- Seuls nous ont retenu des dossiers d'enfants et d'adolescents dossiers dont le dépouillement souligne les difficultés de la prise en charge qu'elle soit liée à des aspects cliniques ou surtout à l'intrication de données psychologiques et de facteurs socio-culturels et économiques .

Observation n° 1

- K. Karin - 12 ans -

- Dernier d'une fratrie de trois enfants; les deux aînées étant des filles.

- A six mois, il présente des absences très atypiques avec déviation de la tête à droite, larmoiement des yeux tandis que le visage devient rouge pendant cinq secondes environ. Ces troubles se reproduisent à huit mois, dix mois, et sont traités de façon intermittente par barbituriques.

- Le développement somatique se fait de façon harmonieuse tandis que des troubles du comportement apparaissent à deux ans et demi; la coloration affective étant très nette. A trois ans et demi, l'enfant présente des crises avec phénomènes moteurs (corps droit). Ces troubles se reproduisent parfois très fréquemment dans un même jour confinant à l'état de mal.

- Les E.E.G. montrent des anomalies temporales gauches et l'enfant est hospitalisé à deux reprises.

- Différents traitements ont été suivis (Diazepam, Barbiturique, Tégrétol, Dépakine) avec résultats variables.

- L'enfant entame sa scolarité primaire qui est interrompue en raison des crises et des troubles du comportement. Par ailleurs, on note que l'enfant simulerait des crises, quand il ne les provoque pas.

- On est donc devant une épilepsie remontant à la première enfance avec crises focales d'origine gauche probablement temporales s'exprimant par des troubles de la conscience avec mouvements toniques du membre supérieur droit parfois adversion de la tête à gauche, parfois

11.

chutte mais toujours avec une phase d'automatisme.

- Le bilan complémentaire (artériographie, pneumographie fractionnée, fond d'oeil : normaux, de même que le bilan biologique sanguin)

- Au-delà de l'épilepsie, le problème essentiel de cet enfant dans la mesure où il entraîne des difficultés d'intégration sociale et familiale se situe dans une dimension psycho-affective.

- Il existe des problèmes relationnels importants entre les parents ; les difficultés d'intégration au nouveau modèle social, enfin le père très rigide et la mère ambivalente semblent avoir offert à l'enfant des images parentales rendant difficile un passage harmonieux de la phase oedipienne. L'épilepsie a servi de moyen : soit appel à l'aide, soit chantage.

- Karin a évolué de façon très favorable à partir du moment où les problèmes affectifs ont été abordés et son niveau intellectuel très bon lui a permis de rattraper son retard scolaire.

- Actuellement, il persiste quelques crises focalisées au membre supérieur droit mais l'enfant a une scolarité normale dans une classe de cinquante élèves il se classe parmi les premiers.

- Conclusion

Cette observation montre combien l'épilepsie précoce en perturbant le schéma évolutif psychogénétique peut en retour être utilisée comme symptôme, dont il convient de dégager la signification.

M . K .

- Elle montre par ailleurs la nécessité de ne pas chercher à tout prix la disparition des crises lorsqu'il s'avère qu'elles nécessiteraient des doses rendant difficile l'intégration sociale.

- Elle nous illustre enfin combien pour beaucoup d'épileptiques il est possible de retrouver un schéma évolutif dans le cadre habituel sous réserve d'informer l'enseignant et de réaliser autour de l'enfant une prise en charge cohérente et complète.

- Observation n° 2 -

- D. Nouredine - 9 ans -

- Nous est adressé en Avril 1974 pour admission au centre "des Oliviers" .

- Il s'agit d'un enfant présentant un problème complexe . Le tableau actuel étant celui d'une psychose infantile grave.

- En fait, Nouredine est suivi depuis la naissance pour épilepsie type grand mal. La première crise étant survenue à huit jours ; les crises ayant été en augmentant sur le plan du nombre et de la gravité avec un échec de tous les traitements prescrits.

- L'acquisition de la marche se fait à deux ans ; celle de la propreté à quatre ans. L'enfant a continué à être traité sur le plan épileptique et présente à l'heure actuelle des crises toniques, des absences.

- L 'E.E.G. est évocateur d'un syndrome de LENNOX et GASTAUT.

- En fait au-delà de l'épilepsie grave, un élément primordial est le tableau clinique de psychose infantile présentée par cet enfant avec retrait du monde, bizarreries, stéréotypies, réponses paradoxales, comportement avec absence intermittente de toute relation avec l'autre et absence de toute activité ludique.

- Impossibilité d'adaptation à toute nouvelle situation avec refus de tout contact même corporel.

- L'organisation sur le mode psychotique n'étant compréhensible que par une appréciation des données familiales.

- En fait Nouredine a été refusé par sa mère dès la grossesse (deux tentatives d'avortement par pîques) et dès la naissance l'enfant qui doit être réanimé est vécu et persistera à être vécu comme "mort".

D . . .

- La mort du père un mois avant la naissance de Nouredine a cristallisé l'angoisse de la mère justifiant son désir de mort pour le fils d'autant plus coupable que culpabilisant.

- La mère n'a jamais pu se détacher d'une position très ambivalente vis à vis de cet enfant toujours considéré comme coupable : elle n'a jamais essayé de le faire manger seul ni de s'habiller, il dort toujours avec elle jusqu'à l'âge de douze ans, âge où brusquement elle le changera de lit.

- Ce refus de voir en Nouredine un être vivant capable éventuellement de s'ouvrir au monde, est particulièrement net depuis l'admission de l'enfant " aux Oliviers " . Les progrès réalisés sont insupportables à la mère qui les nie affirmant qu'ils étaient déjà présents, confirmant par là son désir de continuer une relation dévitalisée, tout changement lui étant impossible à supporter et à assumer.

- Ces données expliquent la nécessité d'une prise en charge simultanée de l'enfant et de la mère. Malgré le stade tardif auquel sont abordés les problèmes ; ils soulignent l'intérêt d'un centre de guidance.

- Conclusion

Intrication d'une épilepsie grave "syndrome de LENNOX et GASTAUT" à une relation très pathologique avec rejet de l'enfant et refus de son existence menant à l'organisation d'une psychose infantile sur une épilepsie grave.

D. H.

- Cette observation montre que malgré sa gravité, l'épilepsie passe dans ce cas au deuxième plan. Elle nous renvoie par ailleurs aux problèmes largement discutés de l'induction de l'organisation de troubles psychotiques graves incompréhensibles sans référence à la personnalité de la mère (la mère du schizophrène) au rôle du père (décédé avant la naissance) et à la relation très pathologique mère-enfant résultante de l'intrication de ces différentes données .

- Observation n° 3 -

- H. Bouzid - 12 ans et demi -

- Deuxième enfant d'une fratrie de huit.
- Pas d'épilepsie clinique
- Vu en consultation pour des troubles à type de :
 - Retard scolaire avec rendement nul
 - Gros troubles caractériels avec instabilité
 - Prédélinquance
- L'E.E.G. n'était pas franchement en faveur d'une comitialité (signes d'épileptoidie)
- L'élément essentiel est la carence familiale avec père absent (abandon de foyer), mère malade (hystérique).
- En fait, l'enfant vu en 1969 par le médecin qui table sur les perturbations électriques et méconnaît totalement les aspects pathologiques psycho-affectifs.
- Il est vu en 1972 à notre consultation . La présentation est en fait celle d'un débile avec de gros problèmes d'organisation du schéma corporel et un passage à la pré-délinquance (a déjà à faire à la police).
- Compte rendu psychologique :
 - Q.I. : 63 Q.I. v Q.I. p
 - W.I.S.C. + zone limite de la débilité
- Dans le scatter individuel, les épreuves réussies sont : arithmétiques, similitudes (+ +) complément d'images, épreuves faisant appel au facteur g .

10, 13.

L'preuve formation (- -) ne peut guère étonner vu le gros retard scolaire (accentué par le fait que l'enfant ne fréquente plus l'école depuis un an).

Très mauvaise épreuve de compréhension - - mauvaise adaptation sociale, en rapport avec le comportement caractériel de l'enfant.

Cubes (- -): gros problème moteur - inversion, difficulté d'orientation, tâtonnement, lenteur.

BENDER : âge 7 ans.

Gros déficit d'organisation perceptive, rotations, inversions, inexactitudes dans la position relative des éléments.

R E X : Lenteur extrême

- Bon type de perception

- Résultats d'un enfant de 7 ans dûs au gros trouble de structuration spatiale, inversion des détails à l'intérieur de la figure, déplacement des éléments.

- Epreuve de mémoire : forme maison - - infantilisme

Du côté affectif, présentation d'enfant fermé, buté. Le test du Bonhomme, assez infantile de présentation triste, refète une certaine angoisse, un sentiment d'insécurité, peut être de culpabilité, un certain retranchement affectif. Au test de l'arbre, nous retrouvons le même infantilisme, une certaine agressivité, impulsivité.

- Il se pose donc un problème de rééducation sur le plan moteur. Vu le comportement caractériel de l'enfant, cette attitude réactionnelle familiale, un placement dans un centre spécialisé pourrait peut être apporter une amélioration.

Il . . .

CONCLUSION

Cette observation illustre le piège que représente la méconnaissance des aspects psycho-dynamiques de l'individu et le danger d'une recherche exclusive de l'organicité ; là prend toute sa valeur l'expression de GASTAUT : " On ne traite pas une figure épileptique, ceci d'autant plus important lorsque cette figure n'est pas pathognomonique de l'épilepsie.

- Observation n° 4 -

- M. Leila - 18 ans -

- Comitialité grand mal depuis l'enfance avec intrication d'une débilité et surtout de troubles caractériels à type d'agressivité liés :

- Au rejet familial,

- aux perturbations introduites à l'adolescence par la nouvelle image corporelle.

- Cette adolescente se présente comme pré-délinquante avec une conduite de séduction vis à vis de tous les garçons, présentée et vécue comme le seul moyen de s'affirmer et d'être par le mariage, la bonne épouse, la bonne mère que sa mère n'a pas été (selon ses dires). Les troubles sont majorés par une organisation dépressive de tout le milieu familial et une attitude très ambivalente de la mère qui se vit comme martyre et passe sa journée à reprocher à sa fille de lui avoir gâcher sa vie ayant une maladie qu'elle ne méritait pas.

- La distorsion des relations mère-fille entraîne cette dernière à arrêter le traitement dans une attitude de défi majorant par là la fréquence des crises et le rejet par la famille.

- Un placement durant deux mois a permis de transformer le tableau présenté par Leila; Les troubles les plus importants étant essentiellement alors une mauvaise adaptation aux événements nouveaux ; une suggestibilité, une recherche égocentrique d'affectivité ; les problèmes de sexualité étant alors nettement verbalisés. Durant cette période, Leila assume sa prise en charge seule sur le plan médicamenteux et ne présente plus de crise .

... I .

CONCLUSION

- Intrication d'une comitialité sévère avec gros troubles caractériels liés essentiellement à des problèmes psycho-affectifs et à des difficultés réactionnelles familiales. Le médicament étant utilisé comme un moyen de chantage.

- Le bilan psychologique et moteur, le Rorschach sont de type névrotique.

- Observation n° 5 -

- K. Cherif - 25 ans -

- Alors qu'il est suivi pour épilepsie et traité comme tel sans amélioration, il a déjà consulté dans trois services de neurologie. Ses crises ont débuté au service national et surviennent de façon élective pendant le sommeil.

- En fait, ses crises apparaissent comme très névrotiques et se présentent plus comme des cauchemars avec agitation anxieuse et éveil chez un sujet présentant une névrose hystéro-phobique.

- La prise en charge par la psycho-thérapie associée à un traitement banal avec arrêt des anti-épileptiques fait disparaître les crises ; le pronostic restant lié à l'organisation névrotique.

- CONCLUSION -

- Là encore le diagnostic d'épilepsie se présente comme malheureusement celui qui est le plus facilement retenu ; encore que dans le cas particulier la survenue des crises pendant le sommeil pouvait prêter à confusion. Mais là encore la simple écoute du malade permet de redresser le diagnostic et montre l'importance de cette donnée encore trop négligée, la relation médecin-malade.

- Bilan psychologique : profil H.M.P.I. - Rorschach
confirme entièrement des données excluant tout signe d'épilepsie ou
d'organicité.

- Observation n° 6 -

- H. Khelifa - 3 ans -

- Troisième enfant d'une fratrie de cinq
- Accouchement probablement pathologique (mère reste un mois à l'hôpital).
- Convulsion hémiplégique gauche à deux mois, puis à sept mois, dans un contexte fébrile.
- Hospitalisé en C.C.I.
- Peu de troubles caractérisés mais a peur de rester seul.
- Retard scolaire car rendement insuffisant.
- Enurésie.
- Actuellement sursaut et clonies.
- Vu en consultation pour un retard scolaire, parallèlement un bilan psychologique montre une intelligence normale avec des problèmes de latéralisation et d'organisation du schéma corporel.
- L'enfant mis sous traitement anti-épileptique et placé en classe spécialisée présente une amélioration très importante avec un rattrapage du retard scolaire. Il est sous traitement anti-épileptique et pris en charge sur le plan de la rééducation psycho-motrice.
- E.E.G. 1° - tracé témoignant de l'existence d'un foyer épileptogènerolondo temporal gauche actif diffusant en temporal profonde.
- E.E.G. 2° - amélioré montrant toujours un discret foyer

CONCLUSION

- Epilepsie méconnue rattachable à une épisode convulsivante de la première enfance et ayant entraîné un important retard scolaire lié essentiellement à une dyslexie associée à des perturbations du schéma corporel avec un rôle probable du facteur organique.

- Cette observation illustre par ailleurs une donnée non négligeable dans le problème des déperditions scolaires. Le passage systématique en classe supérieure ne faisant que renforcer l'inadaptation de l'enfant lorsque les mesures adéquates n'ont pas été prises.

- Observation n° 7 -

- B. Mohamed - 13 ans -

- Aîné d'une fratrie de trois.

- Présente des crises épileptiques fréquentes depuis trois mois (6 à 7 fois par jour). Le début des crises remontant à 1969 à la suite du décès du père. Juste après, l'enfant a été placé en colonie de vacances où il a été renvoyé parce qu'il présentait une encoprésie d'apparition récente. En fait cet enfant présente un double problème (une comitialité infraclinique et de gros problèmes affectifs).

- Le bilan psychologique apporte les résultats suivants :

W.I.S.C.	: Q.I. --- 78	verbal	performance
		82	79

P.Matrice : Q.I. --- 85

Rorschach de type Hy

Protocole caractérisé par l'inhibition avec T.R.I. extratensif mais tendance à la coartation. Pauvreté des investissements, restriction du champ relationnel - mécanismes de répression et refoulement puissants type de ceux qui s'expriment par l'intermédiaire d'une manifestation somatique.

- L'enfant mis sous traitement (Dihydan, Epanal, Tegretol) et pris en charge; sur le plan psycho-thérapique s'améliore avec une reprise du travail scolaire ; disparition des signes cliniques (crises et symptômes de signification psycho-affectif indiscutable : troubles

B. M.

caractériels et encoprésie).

- CONCLUSION -

- Crise comitiale dans un contexte affectif très particulier (deuil) chez un enfant présentant de gros problèmes d'identification avec régression affective et blocage scolaire.

- Bonne évolution sous traitement associant médicaments et prise en charge.

- Le pronostic reste réservé en fonction de la manière dont l'enfant passera le cap de l'adolescence.

- Observation n° 8 -

- S. Ahmed - 24 ans -

- Crises ayant débuté à l'âge de 9 ans, survenant toujours dans la rue et pour lesquelles il est régulièrement traité (Gardenal - Alepsal - Dihydan).

- Le jour de la consultation il porte un plâtre car il présente une luxation récidivante de l'épaule survenue à la suite d'un de ses malaises dans l'escalier ; en fait ces crises apparaissent comme plus névrotiques et le sujet se présente comme un hystérique avec de très gros problèmes sexuels bien illustrés dans un rêve qu'il nous raconte : " j'ai profité de l'absence de mes parents pour abuser d'une amie ; j'ai fait semblant d'être malade, d'avoir des crises pour qu'elle m'accompagne dans ma chambre ; j'ai fermé la chambre, j'ai abusé d'elle, j'ai été réveillé, le réveil sonnait".

- Ces difficultés névrotiques sont majorées par une très mauvaise insertion sociale et une inadaptation totale à son milieu professionnel actuel.

- Pris en psycho-thérapie avec arrêt du traitement anti-épileptique, le malade va bien pendant trois mois date à laquelle il présente une nouvelle crise survenue devant la télévision qui présentait un film vécu par le sujet comme éminemment érotique. La crise décrite par la mère ne laisse aucun doute sur le caractère hystérique : "il s'est jeté par terre en criant maman, s'est tordu s'arrachant les habits en criant, parlant"

- Laissé sous traitement psychotrope non épileptique, le malade va bien.

- CONCLUSION -

- Cette observation illustre la nécessité de savoir penser à l'hystérie chez le jeune enfant puisque dans ce cas particulier les crises ont commencé à l'âge de 9 ans .

- A noter que les différents E.E.G. ont toujours été normaux ce qui aurait dû attirer l'attention, l'épilepsie avec e.e.g. standart de veille normal étant rare.

- Observation n° 9 -

- M. Kamel - 24 ans -

- Adressé pour comitialité grand mal, suivi depuis 1964 (10 - 15 crises souvent nocturnes) ; en fait la comitialité restant non équilibrée malgré la prise régulière du traitement ; e.e.g. normal et le contexte très névrotique des crises mène à un bilan qui confirme le profil hystérique net et la conversion à partir du moment où s'est installé un climat familial particulier (abandon de la famille par le père puis décès de ce dernier ; décès très culpabilisé).

- Cette observation illustre l'importance d'un diagnostic correct d'une crise chez un adolescent et la nécessité lorsque l'e.e.g. n'apporte pas d'éléments complémentaires au diagnostic ; de remettre en cause ce dernier même lorsqu'il s'agit comme dans ce cas d'un malade suivi depuis neuf ans et dont le diagnostic a été confirmé par quatre médecins spécialisés.

- Par ailleurs, cette observation montre combien la thérapeutique anti-épileptique majore les aspects névrotiques et les troubles caractériels. Cette donnée étant d'autant plus importante à souligner qu'elle doit même chez l'épileptique avéré faire éviter la progression constante dans les doses notamment avec les barbituriques .

- Elle souligne d'autre part la nécessité devant une nouvelle crise de savoir se réinterroger sur son attribution à un phénomène épileptique ou à un phénomène de conversion, ce dernier peut survenir comme l'a souligné LOISEAU comme phénomène substitutif au cours du traitement.

- Observation n° 10 -

- D. Mandane - 7 ans -

- Suivi depuis 1972 pour crise morphéique, sous traitement régulier, l'enfant ne présente plus de crises ; l'élément important est le rendement scolaire nul. En fait cet enfant présente une débilité nette avec des problèmes de latéralisation importants et une immaturité affective.

- Le placement en classe spécialisée a été impossible jusqu'à présent majorant l'inadaptation scolaire et commence à entraîner chez la famille un rejet avec demande d'envoi pour traitement à l'étranger.

- CONCLUSION -

- Epilepsie avec débilité et rejet liés à l'absence de prise en charge spécialisée indispensable , l'enfant étant en âge scolaire.

- Observation n° 11 -

H. Joelle - 9 ans -

- Suivie depuis trois ans à la consultation à laquelle elle a été adressée par lettre d'un service parisien soulignant qu'il s'agissait d'une épilepsie remontant à l'âge de deux ans et demi de type nor-phéique. Dans les antécédents, on note un fait assez remarquable : l'existence probable d'une dysmaturité puisque le poids de naissance (2kg 400) était un peu inférieur à celui du terme prévu (9 mois). Nous manquons de renseignements sur la taille et le périmètre crânien à la naissance.

- Le développement psychomoteur semble avoir été strictement normal. La première crise est survenue à deux ans et demi : crise généralisée typique pendant le sommeil comme les crises suivantes. Elle présente environ trois crises par an, l'avant dernière a été assez longue (2h et demi) mais il ne s'est sans doute pas agi d'un état de mal dans la mesure où la crise n'a pas été continue semble t-il. L'enfant reçoit actuellement 10 cg d'Alepsal. Le crâne est normal, le fond d'oeil est normal, calcémie 103 ng/l, glycémie 0,80 g/l. L'électro-encéphalogramme montre des anomalies paroxystiques typiques en foyer. L'existence d'un foyer net temporal droit est interprétée en fonction des tracés précédents. Sa constance sur tous les tracés pose le problème d'une cinémagraphie. Il est cependant plus vraisemblable qu'il s'agisse d'épilepsie peut-être en rapport avec les circonstances néo-natales. A noter enfin 3 à 4 tâches de café au lait de 0,5 à 1 de diamètre sans antécédent analogique chez l'un des parents.

H. J.

Les troubles présentés ne nous semblaient pas être exclusifs de l'épilepsie. Cette enfant très intelligente :

- V.I.S.C. : verbal

PERFORMANCE

98

121

Q.I. = 110

présente de gros problèmes psycho-affectifs bien exprimés à travers l'entretien et aux tests :

- SCATTER : à l'épreuve de compréhension comportement mal adapté

Que fais-tu si tu perds la balle de ta camarade ? Je vais me cacher.

Que fais-tu si un enfant plus petit que toi veut se battre avec toi ? : Je la fais tomber par terre et je la frappe.

- Progressive matrice : 120

- B E N D E R : normal

- Latéralisation : - 1° jour donne la main gauche pour dire au revoir,

- joue à la marelle - pied gauche,

- donne un coup de pied au ballon -
pied gauche

- regarde à travers la serrure : oeil
gauche,

- écoute au téléphone : oreille gauche

- aurait des difficultés à l'école, confondrait des sons

H . J .

DESSINS :

- Dessins néticuleux, nets, soignés, avec stéréotypies, donneraient une impression d'analité.

- Lutte entre symbolisme masculin et féminin, enfant n'ayant pas dépassé son oedipe

DESSINS LIBRES : Structure linéaire

C. A. T. : Identification à un garçon

C. C. I. : Enfant qui ne veut pas grandir fixé au stade anal.

Conclusion du bilan psychologique

- Joelle est mal latéralisée : gauchère pour le pied, pour l'oeil, pour l'oreille. Elle utilise de préférence la main droite, bien que, de temps en temps, elle tende spontanément la gauche ; il nous semblerait donc qu'elle soit une "gauchère contrariée", aussi doit elle être surveillée particulièrement dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, une certaine maladresse à s'orienter dans un complexe visuo-spatial pouvant l'handicaper.

- Côté affectif : Joelle n'accepte pas d'être une fillette, elle voudrait être un petit garçon. De ce fait, elle ne veut pas grandir, préfère rester bébé.

- Son anxiété peut donc se traduire par de l'instabilité, une certaine impulsivité, un manque de confiance en elle. Il faut donc essayer

H. J.

de l'écouter, la valoriser au maximum dans son rôle de fillette.

- Rythmique ou danse, peinture sont fortement conseillées aussi bien pour la mettre à l'aise avec son propre corps que pour canaliser partiellement son anxiété.

- Elle doublait et présentait un rendement scolaire nul sous trisunide .

- Actuellement elle présente des crises rares sous traitement régulier. Les crises survenant essentiellement lors d'épisodes hyperthermiques (angine). L'enfant n'a pas été pris en charge en dehors d'un traitement médicamenteux.

- CONCLUSION -

- Cette observation souligne la nécessité de suivre sur un double plan neurologique et psycho-affectif un enfant qui a présenté des problèmes de dysmaturité à la naissance ; elle montre aussi combien il est souvent difficile de poser un diagnostic de l'étiologie de l'épilepsie chez l'enfant.

- Elle montre enfin combien il est important surtout à l'âge scolaire de trouver le traitement adéquat afin d'éviter l'échec scolaire.

- Observation n° 12 -

- G. Mourad - 7 ans -

- Quatrième enfant d'une fratrie de six.

- Vu en consultation pour trouble du langage et troubles caractériels avec agressivité pathologique (casse tout ce qui lui tombe sous la main, a jeté une fois le chat par la fenêtre).

- On trouve par ailleurs la notion de convulsion hyperthermique à l'âge de trois ans et surtout un e.e.g. très pathologique avec une souffrance cérébrale à prédominance droite.

- Cet enfant est réadressé par son médecin trois ans après pour un contrôle e.e.g., persistance de perturbations localisées d'une conitialité grand mal.

- CONCLUSION -

- Présentation sous un tableau à type de débilité et troubles caractériels d'une conitialité électrique sans autres signes cliniques paroxystiques en dehors des convulsions hyperthermiques à l'âge de trois ans.

- Cette observation souligne la nécessité d'une surveillance étroite des convulsions dites hyperthermiques surtout lorsqu'elles surviennent à un âge assez avancé.

- Elle nous permet aussi d'insister sur la nécessité d'une

G . . .

surveillance continue et cohérente avec une prise en considération des données apportées par les bilans complémentaires et notamment l'e.e.g.

- Ce dernier examen ne prenant sa valeur que s'il est confronté aux données apportées par l'évolution clinique et aux modifications éventuellement introduites par le schéma thérapeutique.

- Observation n° 13 -

- K. Mohamed - 14 ans -

- K. Embarek - 14 ans -

- Cinquième et sixième d'une fratrie de neuf.

- Vus à onze ans seulement pour :

- Retard psychomoteur,

- Troubles caractériels,

- Instabilité,

- Ces éléments s'inscrivent dans un contexte de débilité associée à une épilepsie avec crise grand mal et élément de la série temporelle.

- En 1972, il n'a plus de crise mais l'intégration sociale est très mauvaise, difficulté de contact social, troubles du comportement avec agressivité.

- Niveau intellectuel préparatoire ne dépassant pas six ans.

- E.E.G., comitialité grand mal (seuil convulsivant abaissé, souffrance cérébrale temporo-occipitale).

- Le bilan psychométrique W.I.S.C. 51

- Bonhomme correspondant à l'âge mental de cinq ans et un P. Matrice -- âge mental cinq ans et demi.

- Le rejet social et notamment familial est important, bien exprimé "ils nous embêtent, ils leur faut un hôpital".

K . . . et K . E .

- CONCLUSION -

- Débilité et épilepsie d'origine néonatale avec troubles caractériels et rejet familial mais éducatibles et justiciables d'un placement dans un service de jour.

- Cette observation illustre la nécessité d'une politique de prévention de la grossesse et la nécessité d'un dépistage précoce d'une comitativité fin que ne s'installe pas le cercle vicieux infernal = crise --- détérioration intellectuelle --- régression --- rejet familial.

- Le tableau est sensiblement superposable, les problèmes étant strictement identiques et on comprend d'autant mieux le schéma de rejet de l'enfant-problème dans une famille où il s'avère exister deux cas de ce genre.

- Observation n° 14 -

- B. Bilal - 14 ans et demi -

- Adressé au service en mars 1974 pour conitialité et demande de placement au centre des "Oliviers" . En fait Bilal présente une hémiplé-gie d'origine néonatale. La conitialité étant jusqu'à ce jour encore mal équilibrée mais l'élément important se situe dans les problèmes familiaux et dans l'organisation très pathologique de la relation mère-enfant.

- Bilal est fils unique et sa mère issue d'une "grande famille" s'était mariée contre le gré de cette dernière et a été abandonnée à la naissance de Bilal. A partir de là, la mère complètement coupée de sa famille, cette dernière ayant voulu que la mère avorte. Pour subvenir à ses besoins et son fils, elle s'installe comme couturière menant une vie très repliée qui lui permet de garder son enfant avec lequel elle organise vraiment "une vie de couple". Son attitude hyperprotectrice est en même temps très ambiguë et l'on note une profonde ambivalence vis à vis de ce fils hyper-investi qu'elle considère comme un petit garçon pour lequel elle doit subvenir à ses besoins les plus élémentaires (l'habiller)

- Admis "aux Oliviers", Bilal le premier jour très agressif tan-dis que la mère très anxieuse amorce un état dépressif manifestement lié à l'ouverture de ce monde clos dans lequel elle évoluait depuis quatorze ans, à la rupture de la relation très pathologique entre elle et son fils

B . B .

- La donnée importante est le problème du devenir de l'enfant compte tenu du fait que pour l'instant il n'existe aucune structure pouvant prendre la suite du travail thérapeutique amorcé depuis le séjour de Bilal "aux Oliviers".

- CONCLUSION -

- Cette observation nous montre l'intrication très étroite entre aspect organique entraînant un handicap sévère et intervention des facteurs psycho-affectifs et éducationnels derrière lequel s'inscrit en filigrane la prégnance des facteurs socio-culturels.

- Ces données ayant amené à l'organisation d'un noyau familial très pathologique où l'épilepsie malgré sa réalité n'a souvent été qu'un prétexte, l'organisation psycho-pathologique de cet enfant n'étant compréhensible qu'à travers une approche psycho-dynamique prenant en compte et le profil de la mère et la structure socio-culturelle du milieu.

- Observation n° 15 -

- B. Snail - 8 ans -

- Vu en consultation pour des troubles à type de nervosisme, instabilité, bégaiement.

- Il s'agit d'un enfant ayant présenté des difficultés à la naissance (accouchement dystocique) et qui a régulièrement fait des convulsions hyperthermiques jusqu'à l'âge de six ans.

- Snail est le quatrième enfant d'une fratrie de quatre ; l'aîné ayant vingt quatre ans. Il présente un tracé en faveur d'une conititalité sans que les éléments soient franchement probants (mais l'enfant est sous traitement).

- Son bilan psychologique confirme les données en faveur d'une conititalité (viscosité, lenteur idéique). On note par ailleurs quelques difficultés psycho-affectives liées à la place de Snail dans la famille.

- CONCLUSION -

- Snail dernier dans un milieu où même ses frères et soeurs sont déjà grands, est toutefois un peu délaissé par sa mère ; la plupart des difficultés actuelles ne sont pas liées à son épilepsie mais à des difficultés dans sa vie psycho-affective renvoyant à des perturbations dans l'organisation de son schéma psychogénétique.

- Observation n° 16 -

- A. ou B. Houria - 11 ans -

- Adoptée à l'âge de trois mois.

- De santé précaire ; Les parents adoptifs ne pensaient p

voir la sauver.

- A un an, présente des convulsions et ensuite des crises

de colère.

- A cinq ans, encore épileptique et instable.

- Actuellement présente un retard scolaire avec troubles

tériels et est en classe spécialisée.

- Les vrais parents sont connus et la mère mariée à quinze

ans en Houria un an après. L'enfant a été abandonnée après le divorce

- La famille adoptante quant à elle est assez âgée s'occu

bien de l'enfant qui est même gâtée et hyper-protégée. Depuis quel

temps un autre enfant abandonné (huit ans) a été pris en charge pa

famille à la demande de Houria.

- I.E.B.G. montre une constance centre-encéphalique du

myoclonique.

- Le bilan psychométrique montre des performances variabl

(P. Matrice - W.I.S.C. - Alexander - test du bonhomme - BEAUBER). 0

par ailleurs des problèmes d'organisation spatiale et quelques pro

afectifs en partie liés à son statut d'enfant recueilli.

A. ou B. II.

- CONCLUSION -

- Cette observation souligne l'importance d'une surveillance d'un enfant ayant des convulsions infantiles. Elle montre par ailleurs l'importance possible de différentes données pouvant s'exprimer par une symptomatologie identique.

- Enfin, elle montre la nécessité de donner un statut clair non seulement sur le plan du non patronymique aux enfants abandonnés.

- Là encore l'épilepsie apparaît comme un élément qui n'est pas qu'un phénomène.

- Observation n° 17 -

- H. Abdelghani - 11 ans -

- Suivi depuis son entrée à l'école en raison de l'échec scolaire et du renvoi.

- Epileptique depuis l'enfance, il présente actuellement de graves troubles du comportement évoquant une débilité importante, une structure psychotique (monologue écholalie, stéréotypie gestuelle et verbale, dement très variable, tics ...).

- Abdelghani illustre deux données très fréquentes retrouvées, Algérie, à savoir :

- La très grande tolérance actuelle de la famille vis à vis du

font-problème,

- Le dépistage très souvent tardif et avec un rôle très important de la scolarisation dans la mise en évidence pour la famille des troubles de l'enfant et de son adaptation aux groupes de son âge.

- La démarche de prise en charge n'intervenant qu'à ce moment étant évidemment beaucoup plus complexe.

- Observation N° 18 -

- N. Abdelkrin - 9 ans -

- Adressé pour importants troubles du caractère.

- Le seul antécédent notable est un épisode infectieux grave à l'âge de trois mois.

- En fait, Abdelkrin se présente comme un débile important (Q.I. 50):

- Malgré son Q.I. et ses troubles caractériels, Abdelkrin a été scolarisé pendant trois ans dans une école normale. L'échec scolaire avec renvoi étant une caricature de ce qu'il ne devrait pas exister.

- CONCLUSION -

. Cette observation souligne deux points :

. La négligence de la famille, la demande de prise en charge de l'enfant n'ayant commencé qu'à la troisième année de scolarité,

- d'autre part, le traitement institué est très irrégulièrement suivi en raison de l'organisation de la cellule familiale, le père ignore tous ses enfants laissant à la mère épuisée (huit enfants) toutes les responsabilités.

- Cette donnée doit être soulignée dans la mesure où en fait elle est très souvent retrouvée contrastant avec la structure familiale

1 . 1 .

traditionnelle et la responsabilité partagée qui devrait en découler.

- Vu le modèle relationnel de la cellule familiale algérienne la mère est très souvent seule, la démission parentale commençant par celle du père même si dans le cas particulier, elle est théoriquement motivée par l'invalidité du père.

- Observation n° 19 -

- H. Farid - 9 ans et demi -

- Adressé par le médecin à la consultation de psychologie pour troubles du comportement survenant de façon périodique et affectant le rendement scolaire, troubles du sommeil, agressivité, énurésie intermittente et phobies notamment de l'endormissement.

- Farid est le troisième enfant d'une fratrie de trois.

- L'accouchement et la première enfance se sont passés sans problèmes.

- L'E.E.G. présente des anomalies évoquant une conitialité temporelle qui n'a pas été possible d'explorer plus profondément.

- Par ailleurs, Farid préférerait son père.

- Il présente d'importantes difficultés psychologiques avec des problèmes d'identification, se présente comme un garçon très efféminé physiquement et sur le plan de son comportement (porte des bagues, foulards, vernis à ongles). La mère très phallique est assez ambivalente et le père par les problèmes qui existent au niveau de la famille reste un personnage effacé rendant impossible l'identification à un personnage viril.

- CONCLUSION -

- Cette observation illustre et la difficulté de diagnostic de certaines épilepsies temporelles et l'intrication des données psycho-affectives à la note organique; elle illustre la

I . F .

nécessité d'un bilan poussé dans certains cas de diagnostic délicat et surtout la nécessité d'une prise en charge précoce et continue.

- Observation n° 20 -

- A. Rachida - 11 ans -

- Vue en consultation pour rendement scolaire médiocre et troubles mnésiques à type d'oubli.

- Chez une enfant née normalement à terme sans antécédents épileptiques, traumatiques ou infectieux notables .

- L'E.E.G. met en évidence une irritabilité corticale diffuse importante.

- Par ailleurs, le bilan psychologique apporte la notion d'une I.Q. à 70 (P. Matrice 48 et W.I.S.C.) de plus elle présente de gros troubles de l'organisation spatio-temporelle avec des troubles lexiques majeurs ; enfin il s'agit d'une enfant nettement immature avec de gros problèmes psycho-affectifs exprimés par une très importante agressivité vis à vis de la mère et de la petite sœur (C.A.T.) .

- CONCLUSION -

- Au total gros retard scolaire mettant l'accent sur l'inadéquation du système scolaire et par ailleurs problème d'une comitialité infraclinique qui aurait mérité un bilan complémentaire.

- Cette enfant n'a pas été suivie ; le médecin n'ayant pas donné suite aux bilans pratiqués.

- Observation n. 21 -

- A. Farouk - 5 ans et demi -

- Premier enfant d'une fratrie de trois.
- Né à terme.
- Accouchement dystocique.
- Avec à trois ans cinq crises grand mal en six mois ; depuis Farouk est sous traitement barbiturique.
- Un tracé de contrôle restant marqué par une dysrythmie lente où s'intrique souvent des éléments subirritatifs en postéro-basal.
- Farouk fut emmené en consultation pour troubles caractériels avec agressivité, énurésie, terreurs nocturnes.
- En fait cette symptomatologie s'inscrit dans des dimensions névrotiques chez un enfant d'intelligence à la limite de la normale.
- Le profil psychologique : (dessins libres, C.A.T.) montre que l'enfant en pleine situation oedipienne n'aborde absolument pas une solution à ses problèmes. L'image familiale où la mère est le seul élément solide et sécurisant de la famille (le père ne travaille plus depuis un accident de travail et, est très dépendant de la mère sur le plan économique et affectif) est vécu par l'enfant de façon très angoissante.

A . F .

- CONCLUSION -

- Farouk présente en fait une organisation très névrotique ; l'épilepsie n'est qu'un élément supplémentaire dans le tableau et renforce la dépendance de l'enfant vis à vis de sa mère.

- Au total, chez un enfant épileptique traité régulièrement et bien équilibré sur le plan des troubles, l'apparition de la maladie en pleine période oedipienne modifie peu le tableau. Les troubles observés ne sont que l'expression d'un avatar de l'oedipe nécessitant la prise en charge de l'enfant en thérapie par le jeu.

- Observation n° 22 -

- B. Houria - 12 ans -

- Née à terme.
- Sans antécédents pathologiques.
- Suivie pour retard scolaire important.
- Troubles caractériels, instabilité, énurésie et absence.
- Il s'agit d'une comitialité mixte grand mal - petit mal à type d'absences.
- Traitée par Zarentin, Gardenal et présentant encore sous traitement un foyer épileptogène temporo-pariétal gauche avec forte photosensibilité.
- Son âge mental aux différents tests ne dépasse pas cinq ans.

- CONCLUSION -

- Cette observation illustre :

- Une inadaptation au système scolaire actuel qui voit le passage systématique d'une classe à l'autre d'une enfant débile profonde restant scolarisée dans un système où elle n'a pas sa place. Par la même son inadaptation s'aggrave indépendamment des perturbations que son comportement entraîne pour la classe.

- Elle illustre par ailleurs la donnée relevée par "BOUCEBCI et TALBI" dans la thèse de ce dernier à savoir :

D . II .

- La valeur très organiciste d'une épilepsie petit mal avec importante photosensibilité et également la négligence de la famille sur le plan des problèmes scolaires dès lors qu'il s'agit d'une fille.

- Observation n° 23 -

- B. Teldja -

- Vient à la consultation à la suite d'une crise grand mal non fébrile.

- Teldja est la deuxième enfant d'une fratrie de six ; elle présente par ailleurs une débilité, une hémiparésie droite, une paralysie faciale, elle est gauchère.

- La présence d'antécédents neuro-psychiatriques identiques chez les soeurs amène à un bilan complet de la famille, bilan très poussé conduisant au diagnostic d'incontinentia pigmenti. familiale (il s'agit du vingt sixième cas familial décrit dans le monde). L'atteinte est multiple : cutanée, phanères, ophtalmologique et neuro-psychiatrique.

- La mère étant de nouveau enceinte et vu l'état d'épuisement physiologique car outre les grossesses elle a présenté trois fausses couches (avortement spontané). L'indication d'un avortement thérapeutique est discutée ; chose que la mère refuse.

- La naissance de l'enfant une fille, nous permet de suivre dès le premier jour, l'apparition du tableau clinique d'incontinentia pigmenti. Le nouveau né décède peu de temps après dans un état de mal convulsif.

- Sur le plan sociologique, cette famille vit dans une pièce insalubre, le père journalier ne pouvant aider la mère à régler les problèmes posés par la multitudes de débiles qui constituent la cellule familiale. Le traitement n'était pris qu'en fonction des possibilités écono-

B . F .

riques, chaque crise amenant l'aggravation du tableau chez Teldja comme chez ses sœurs.

- CONCLUSION -

- Cette observation illustre et l'importance d'une recherche fouillée de l'étiologie de l'épilepsie surtout lorsqu'elle s'exprime sur un noyau familial. Elle montre par ailleurs l'aggravation des problèmes de l'enfant épileptique en fonction des données socio-économiques et de l'environnement réalisé autour de l'enfant.

- Un travail régulier a été trouvé au père mais le problème du logement reste pendant, de même que celui de la prise en charge des enfants dans une institution.

- L'observation familiale complète figure dans la thèse de DJENAS (thèse de médecine - Alger - 1974 -) .

- COMMENTAIRES ET CONCLUSION -

- Abordant l'étude de vingt trois dossiers "d'épilepsie - problème", nous voyons s'esquisser une série de problèmes qui amènent à insister sur la nécessité:

1°/ De ne pas se contenter de la banale équation épilepsie = organicité = médicaments .

- Certes cette équation garde toute sa valeur notamment dans l'épilepsie banale qui reste heureusement la plus fréquente mais la multiplicité de masques que peut présenter l'épilepsie montre que paradoxalement dans bon nombre de cas le problème est d'abord celui d'un diagnostic correct et précoce. Par ailleurs, le diagnostic étiologique reste souvent délicat même lorsqu'a pu être réalisé le bilan somatique clinique et paraclinique complet ; ce qui est malheureusement loin d'être la règle compte tenue du problème du sous équipement médical qui se pose en Algérie. Enfin le traitement lui-même n'est pas toujours aussi simple en raison :

- De la nécessité d'en connaître les règles précises de prescription, de la difficulté de prescriptions de certains médicaments de coût élevé (même en tenant compte de la médecine gratuite). Nous devons rappeler que dans les dispensaires trois médicaments seulement sont fournis régulièrement (Gardenal, Dihydan, Tégrétol). Déjà se pose le problème de l'introduction de médicaments spécifiques par exemple le Zarontin

(éthyl succinimide) pour le petit mal. De plus le traitement peut être inducteur de troubles à coloration psychique (notamment avec les barbituriques), certains médicaments doivent être surveillés régulièrement en raison des incidents ou accidents qu'ils peuvent provoquer (il arrive fréquemment qu'un malade soit vu avec une gingivite histotrope liée à la prise non contrôlée de Dihydan) ; de même certains médicaments peuvent entraîner des accidents sanguins (mysoline) ou d'allure neurologique (ataxie cérébelleuse au Dihydan).

- Ces données ne doivent pas échapper au médecin non seulement pour le diagnostic mais surtout pour leur prévention (surtout lorsqu'il s'agit de gens habitant loin et notamment en zone rurale désertifiée).

- Enfin la thérapeutique anti-épileptique peut entraîner des remodelages dans la relation à l'autre et notamment servir de moyens de chantage (observation n°4 Leila) ou voir succéder aux crises épileptiques des crises dont il conviendra de reconnaître le caractère névropathique et ceux indépendamment d'erreurs de diagnostic (observations n° 1 - 4 - 8 - 9).

2°/ L'épilepsie est une maladie chronique ; cette donnée encore mal connue ou mal acceptée entraîne un certain nombre de problèmes qu'il convient d'apprécier en insistant sur le rôle fondamental de la relation médecin - malade - famille . Il appartient au médecin d'expliquer

et de dédramatiser l'épilepsie mais aussi d'offrir des possibilités de prise en charge qui rompent le cercle trop souvent observé : incurabilité -- rejet -- arrêt thérapeutique -- aggravation -- confirmation du rejet (observation n°4 Leila).

3°/ L'épilepsie notamment de l'enfant ne peut être dissociée du moment où elle survient. La donnée caractéristique de l'enfant est son développement non seulement somatique mais surtout et essentiellement psycho-affectif. Dans cette perspective l'oubli de cette notion risque d'entraîner l'approche et la thérapeutique du jeune épileptique dans un schéma purement organiciste faisant méconnaître et les retombées psycho-affectives de la maladie et la distorsion qu'entraîne le modèle de maladie chronique chez l'enfant, chez sa famille, avec l'entourage.

4°/ Cette donnée amène à insister sur la nécessité chez l'enfant de ne pas constamment chercher à appréhender la symptomatologie de l'enfant en fonction du diagnostic le plus évident parce que le mieux connu et parce que le plus rassurant.

- Certaines observations (Bilal n° 14 - Leila n° 4 - Karin n°1) illustrent cette donnée. Comme l'enfant non épileptique, le petit épileptique vit dans un milieu familial dont les perturbations éventuelles, les distorsions relationnelles peuvent induire des schémas pathologiques, névrotiques ou psychotiques qu'il convient de savoir cerner. L'observation

n° 2 (D. Nouredine) nous paraît à cet égard caricaturale par l'intrication d'une épilepsie grave (syndrome de LENNOX et GASTAUT) à un tableau de psychose infantile incompréhensible sans une approche psycho-dynamique du milieu familial. Cette donnée est également très frappante dans l'observation n° 7 - B. Mohamed. L'épilepsie ne doit pas servir de prétexte permettant de tout rattacher à ce diagnostic faute de quoi l'échec thérapeutique est certain.

5°/ L'épileptique comme tout individu vit et évolue dans un environnement dont il convient de connaître les caractéristiques économiques et socio-culturels. En ce qui concerne l'Algérie, la première donnée sur le plan médical est le sous équipement notamment dans le domaine de la neuro-psychiatrie. Cette donnée amène à la méconnaissance d'épilepsies du jeune enfant. Le bilan complet ou au moins électrique étant difficile à réaliser (nous rappellerons le très petit nombre de laboratoires existants.)

- a) Faute d'être dépistée, confirmée et surtout traitée et traitée régulièrement, l'épilepsie va s'aggraver induisant éventuellement des troubles qui n'existaient pas au début. Dans cette perspective et compte tenu de la courbe d'âge de la population algérienne et de la démographie galopante, le diagnostic précoce est impératif.

- De même se pose le problème d'une attitude concertée et cohérente au sujet de questions très largement débattues et notamment la conduite à tenir face à :

- des convulsions fébriles,
- des perturbations électriques de type épileptique

indiscutable rencontrées chez un enfant ne présentant pas de signes cliniques d'épilepsie (observation n° 6 - H.Khelifa)

- Corrélatif du sous développement médical et de la démographie galopante ; l'accroissement du nombre d'épileptiques lié à des problèmes de pathologie néonatale ou de la première enfance est très important. Le retentissement de l'épilepsie est d'autant plus grave qu'il va entraîner d'emblée chez le jeune enfant des perturbations intriquant organicité et psycho-affectivité.

b) La deuxième donnée importante en ce qui concerne l'épilepsie de l'enfant algérien est l'intervention de facteurs liés au statut de la femme.

- Que ce soit par le biais de son statut actuel qui la définit comme d'abord une génitrice dont la fécondité seule fait la valeur : cela entraînant chez les derniers d'une fratrie très nombreuse une facilitation de l'expression de troubles neuro-psychiatriques et notamment d'épilepsie ; l'épuisement physiologique de la femme se combinant à l'absence de toute surveillance de grossesse et multipliant la possibilité de grossesses à haut risque pour la mère comme pour l'enfant. La consanguinité jouant un rôle favorisant certain.

- Que ce soit par absence d'information sanitaire de base de la famille algérienne rendant plus facile la possibilité de maladies

graves infantiles à séquelles neuro-psychiatriques et notamment épileptiques.

- Que ce soit enfin par la négligence trop souvent rencontrée vis à vis notamment de la femme : l'épilepsie surtout si elle est "bénigne" ne devenant un problème qu'au fur et à mesure que la puberté approche.

c) Enfin la mutation socio-culturelle surtout amorcée depuis une décennie est elle même une source de nouvelles difficultés. Quatre aspects l'illutrent :

- L'amélioration du niveau sanitaire avec la survie d'enfant aux graves handicaps et qu'il convient ensuite de traiter car les séquelles invalidantes et notamment épileptiques sont fréquentes.

- La mutation dans l'organisation traditionnelle du groupe avec par ailleurs l'urbanisation de plus en plus fréquente dans des conditions souvent mauvaises, entraînant le rejet de l'enfant épileptique traditionnellement bien accepté (même si cela était teinté de croyance magique ou maraboutique).

- La désorganisation de la cellule familiale avec notamment en milieu urbain une carence éducative et un envoi de l'enfant dans la rue source d'accidents et de cicatrices épileptiques résiduelles.

- La scolarisation par sa généralisation est elle même source de problèmes dans la mesure où elle voit s'installer une double série de

phénomènes. Tout d'abord l'exclusion de l'enfant épileptique présentant des crises sans que soit offert aux familles une solution de recours ; par ailleurs la conservation dans le circuit scolaire d'un certain nombre d'enfants inadaptés (voire épileptique stabilisé mais présentant un déficit intellectuel ou une perturbation psycho-affective). Tous ces enfants inadaptés voient leur inadaptation s'aggraver dans la mesure où la scolarisation est hyper-investie par la famille et qu'il n'existe pas de structure adéquate de prise en charge. L'échec scolaire n'en sera que plus douloureusement ressenti aggravant le rejet.

- P E R S P E C T I V E S -

- Toutes ces données amènent à insister sur la nécessité d'aborder le problème de l'épilepsie et notamment de l'épilepsie grave et ce particulièrement chez l'enfant.

- Dans cette perspective la prévention est évidemment la pierre de touche de toute politique de santé publique dans le domaine de l'épileptologie, mesures législatives, développement de l'accouchement en milieu hospitalier urbain et rural, renforcement des P.M.I. Par ailleurs une meilleure information du public comme des médecins est indispensable.

- Sur le plan de la prise en charge de l'épilepsie grave deux actions nous semblent devoir être menées :

- Création d'un centre national d'épileptologie réunissant des spécialistes de différentes disciplines et notamment des pédopsychiatres et des psychologues outre les différents spécialistes habituellement préoccupés par l'épileptologie (neurologues - pédiatres - radiologues).

- Par ailleurs, la création de centres de consultations et de laboratoires d'e.e.g. disséminés sur le territoire national devra aller de pair avec la création de centres de jour où l'enfant épileptique pourra être orienté en vue d'une prise en charge en fonction du degré et de la gravité de son épilepsie et des troubles associés.

- Dans cette perspective deux points nous paraissent importants à souligner à la lumière de notre travail :

- Apporter une aide aux familles afin d'éviter le rejet de l'enfant,

- Ne pas aborder exclusivement le problème de l'enfant épileptique en fonction de son épilepsie mais d'une approche globale des problèmes présentés par cet enfant ou par sa famille en insistant sur la différence importante qu'apporte la survenue d'une épilepsie chez un enfant par rapport à l'adulte. Elle survient sur un organisme en perpétuel remaniement et le déroulement harmonieux des diverses étapes de la vie psychologique risque d'être gravement perturbé par la maladie.

- Ces perspectives bien qu'ambitieuses sont un impératif fondamental afin de donner à l'enfant ses chances et éviter qu'il ne soit demain un adulte chez qui les problèmes néconnus ou non pris en charge seraient alors sans issue.

-- BIBLIOGRAPHIE --

- AUBIN Henry -

Le dessin de l'enfant inadapté.

- AJURIA GUERRA -

Psychiatrie de l'enfant - Editeur MASSON - 1958 -

- AUDISCIO et PICAT -

E.M.C. (37250 A¹⁰) 1969 - Psychiatrie : épilepsie

- BOUCEBCI et PATY -

Etude de 192 absences du type petit mal - considérations sur
les critères d'organicité - Bordeaux médical n° 19 - Décembre
1972 - 2593 - 2607 -

- BOUCEBCI et Me YAKER -

Aspects actuels de la psychiatrie en Algérie

- CHIVANY J.A. -

L'épilepsie - étude clinique physiopathogénique et thérapeuti-
que - MASSON éditeur 1958 -

- CARLETTE J. -

Contribution à l'étude de l'enfant épileptique et de son deve-
nir - Thèse de médecine Lyon 1969 -

- DJEMAS -

L'incontinentia pigmenti familiale - Thèse Alger 1954 -

- EY Henri -

Manuel de psychiatrie - MASSON éditeur 1972 -

- GASTAUT -

Les épilepsies E.M.C. 1963 - Volume neurologique 17045 -
- Paris -

- GAYRAL Louis -

Précis de psychiatrie 1962 .

- INFORMATIONS PSYCHIATRIQUES -

Psychiatrie en Tunisie 48 n° 7 - 641 - 758 - Lyon Septembre 1972.

- LIBOUBAN René -

La condition affective dans la pathogénie de l'épilepsie

- Thèse de médecine Bordeaux 1955 -

- LOISEAU P. et COHADON F. et ETCHEVERRY M.L. -

Le petit mal et ses frontières - Rapport du congrès psychiatrique et neurologique de langue française - Milan LXVIII -

Session 1970 - MASSON éditeur .

- LOISEAU et COLLABORATEURS -

Une très importante bibliographie générale (près de 1200 références) peut être consultée dans le rapport du congrès sur le petit mal et ses frontières.

- LAJER et SALEREME -

Atlas d'e.e.g. infantile - MASSON éditeur 1967 -

- MONTAIGNAC -

Relation entre hystérie et épilepsie - thèse de médecine Paris

- 1971 -

- RUE Jean -

L'enfant épileptique et ses problèmes médico-sociaux - Thèse de médecine - Lyon 1958 -

- SEMINAIRE ALGERO-ANGLAIS -

24 - 26 avril 1974 l'enfant inadapté .

- TALBI -

Petit mal à type d'absence en Algérie - Thèse de médecine

- ALGER 1972 -

